

Anmeldeformular

Bitte füllen Sie die Anmeldung erst aus, wenn ein möglicher Eintritt in das nächste freie Zimmer erwogen wird. Gerne können Sie die Anmeldung auch online ausfüllen: www.seelandheim.ch/anmeldeformular

Vorname, Name (bei Frauen: auch Ledigname)
--

Geburtsdatum

Geburtsort

Aktuelle Adresse, PLZ, Ort

Wohnort, PLZ, Ort (falls abweichend von obiger Adresse)

Mailadresse <input type="checkbox"/> bitte ankreuzen falls keine Mailadresse

Festnetz / Mobile

Heimatort

Konfession

Zivilstand / seit

Beruf

Grundversicherung: Name Krankenkasse

Police Nr.

Karten-Nummer / Gültig bis:
807560

AHV-Nummer
756.

Zusatzversicherung: Name Krankenkasse

Police Nr.

Besteht eine Beistandschaft?
Falls Ja, bitte Ernennungsurkunde beilegen

Ja Nein

Falls Ja, zuständige KESB:

Vorname Name Beistand

Adresse, PLZ, Ort

Festnetz / Mobile

Mailadresse

Besteht ein elektronisches Patientendossier (EPD)?

Ja Nein

Ist dieses für das Seelandheim freigeschaltet?

Ja Nein

Rechnungsempfänger: Vorname / Name

Adresse, PLZ, Ort

Festnetz

Mobile (wichtig) / Festnetz (falls vorhanden)

Mailadresse (wichtig)

Verwandtschaftsgrad

Erste Kontaktperson: Vorname / Name

Adresse, PLZ, Ort

Mobile (wichtig)/ Festnetz (falls vorhanden)

Verwandtschaftsgrad

Mailadresse (wichtig)

Kontaktperson für medizinische Auskünfte (Angehörige): Vorname / Name

Adresse, PLZ, Ort

Festnetz / Mobile

Verwandtschaftsgrad

Mailadresse (wichtig)

Hausarzt: Vorname / Name

Adresse, PLZ, Ort

Festnetz / Mobile

Mailadresse

Weitere Angehörige: Vorname / Name

Adresse, PLZ, Ort

Festnetz / Mobile

Verwandtschaftsgrad

Mailadresse

Weitere Angehörige können Sie gerne auf einem separaten Blatt aufführen.

Bestätigung der Angaben und Vollmacht

Die angemeldete Person ist über die Anmeldung sowie einen eventuellen Heimeintritt orientiert.

Die unterzeichnenden bestätigen, die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für Bewohnerinnen und Bewohner anerkannt sowie das Anmeldeformular rechtmässig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Die unterzeichnenden bestätigen die Richtigkeit der Angaben auf sämtlichen Formularen und entbinden die Ausgleichskasse ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber dem Heim über die Belange des Einkommens und Vermögens sowie der Renten der Sozialversicherung, der Hilflosenentschädigung, Ergänzungsleistungen usw. Neue Rentenverfügungen der zuständigen Ausgleichskasse sind dem Heim zu melden.

Die Geschäftsführung und die Heimärzte werden ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Die erhaltenen Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen dem Gesetz über den Datenschutz.

Ferienaufenthalte haben eine Mindestdauer von vier Wochen. Danach beträgt die Kündigungsfrist sieben Tage. Bei Festeintritten beträgt die Kündigungsfrist dreissig Tage auf das Ende eines Kalendermonats. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.

Mit der Anmeldung und den Aufnahmebedingungen erklären sich einverstanden:

Ort und Datum

Unterschrift angemeldete Person

Unterschrift gesetzliche Vertretung / Zahlstelle
--

Bitte legen Sie dieser Anmeldung zwingend notwendig das Arztzeugnis und – falls vorhanden - die Patientenverfügung und / oder den Vorsorgeauftrag bei. Vielen Dank!
--

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Empfehlung von Freunden oder Bekannten | <input type="radio"/> Empfehlung von Familie / Angehörigen |
| <input type="radio"/> Empfehlung durch Arzt / Spital / Pflegefachperson | <input type="radio"/> Sozialdienst / Gemeinde / Behörde |
| <input type="radio"/> Internet (z. B. Google) | <input type="radio"/> Zeitungsartikel / Inserat |
| <input type="radio"/> Flyer / Broschüre | <input type="radio"/> Bereits früher Kontakt mit dem Seelandheim |
| <input type="radio"/> Anderes: | |